

## **ADITIVO Nº 05 AO CONTRATO Nº 15/2018**

Aditivo 05 ao contrato celebrado entre o município de São João do Polêsine e o **Hospital de Caridade São Roque** para Prestação de Serviços de Gestão Hospitalar no Centro de Saúde Dr. Roberto Binatto.

Por este instrumento público, de um lado o **MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO POLÊSINE/RS**, com sede na Rua Guilherme Alberti, nº 1631 com inscrição no CNPJ sob o nº 94.444.247/0001-40, representado pelo Prefeito Municipal o Sr. **MATIONE SONEGO**, CPF Nº 635.948.970-87, RG nº 1038563233, brasileiro, casado, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado, o **HOSPITAL DE CARIDADE SÃO ROQUE** inscrito no CNPJ nº 89.891.337/0001-40, estabelecida na rua Ceci Leite Costa, nº 1526, Bairro Centro, em Faxinal do Soturno/RS, CEP 97220-000, representada por seu Presidente Sr. Roberto Cervo inscrito no CPF nº 064.251.190-04 e portado do RG nº 5019823607, residente e domiciliado na Rua Canarinho, nº 55, Bairro Centro, em Faxinal do Soturno/RS, CEP 97220-000, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem aditar o presente Contrato vinculado ao Processo Licitatório nº 04/2018, Pregão Presencial nº 02/2018 mediante a seguinte cláusula:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO VALOR**

Fica alterado o valor mensal para R\$ 142.341,88 (cento e quarenta e dois mil, trezentos e quarenta e um reais e oitenta e oito centavos), conforme Cláusula Sexta do Contrato nº 15/2018.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente contrato fica prorrogado por mais 01 (um) ano a contar de 14 de Fevereiro de 2021, conforme previsto na Cláusula Sétima do Contrato nº 15/2018, conforme Art. 57, II da Lei Federal 8.666/1993.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DEMAIS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES**

Ficam inalteradas as demais Cláusulas e condições do Contrato.

E por estarem justos e acordados, firmam o presente termo aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que produza seus efeitos jurídicos e legais.

São João do Polêsine, 12 de Fevereiro de 2021.

\_\_\_\_\_  
**MATIONE SONEGO**

Prefeito Municipal  
Contratante

\_\_\_\_\_  
**HOSPITAL DE CARIDADE SÃO ROQUE**

Contratado

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
NOME:

CPF:

\_\_\_\_\_  
NOME:

CPF: